

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses dimana suatu lembaga independen baik dari dalam atau luar negeri, biasanya non pemerintah, melakukan asesmen terhadap rumah sakit berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Rumah sakit yang telah terakreditasi akan mendapatkan pengakuan dari Pemerintah karena telah memenuhi standar pelayanan dan manajemen yang ditetapkan. Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak Tahun 1995, yang dimulai hanya 5 pelayanan, pada Tahun 1998 berkembang menjadi 12 pelayanan, dan pada Tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Namun rumah sakit dapat memilih akreditasi untuk 5, 12, atau 16 pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung berapa pelayanan akreditasi yang diikuti (KARS, 2013).

Pelaksanaan akreditasi mempunyai dasar hukum yang berlaku:

- a. Undang-undang nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Pasal 59 menegaskan bahwa peningkatan mutu pelayanan sarana kesehatan perlu diperhatikan.
- b. Permenkes RI no. 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit, Pasal 26 mengatur tentang Akreditasi Rumah Sakit.

- c. Surat Kepmenkes RI 436/93 menyatakan berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis Indonesia.
- d. SK Dirjen Yanmed no. YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya (KARS). Dalam surat keputusan ini, KARS mempunyai tugas pokok membantu Dirjen Yanmed dalam merencanakan, melaksanakan, dan melakukan penilaian akreditasi RS dan sarana kesehatan lainnya. Penetapan status akreditasi menjadi wewenang Dirjen Yanmed.
- e. Undang-undang no. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, bahwa setiap rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RS sebagai acuan dalam melayani pasien dan wajib melakukan akreditasi sekurang-kurangnya tiga tahun sekali.
- f. Permenkes RI no. 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perijinan Rumah Sakit. Permenkes ini menyatakan bahwa RS harus mempunyai ijin yaitu ijin mendirikan RS dan ijin operasional RS. Ijin operasional didapatkan dengan memenuhi sarana dan prasarana, peralatan, SDM dan administrasi, dan manajemen. Setiap RS yang telah mendapatkan ijin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi.
- g. Permenkes RI no. 12/Menkes/Per/I/2012 tentang Akreditasi.

Saat ini, instrumen penilaian akreditasi rumah sakit menggunakan versi KARS 2012. Isinya merupakan adopsi dari Instrumen Akreditasi Rumah Sakit versi JCI ditambah dengan bab MDGs. Total ada 14 Bab ditambah

MDGs dengan kriteria penetapan kelulusannya. Hal ini dilakukan sejalan dengan visi KARS untuk menjadi bahan akreditasi berstandar internasional, serta untuk memenuhi tuntutan Undang-undang no 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanannya melalui akreditasi. Standar akreditasi baru tersebut terdiri dari 4 kelompok standar yang terdiri dari 1.048 elemen yang akan dinilai, termaktub dalam Gambar 1 sebagai berikut (KARS, 2013):

Gambar 1
Standar Akreditasi KARS versi 2012

I. Kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien
<ul style="list-style-type: none"> Bab 1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) Bab 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) Bab 3. Asesmen Pasien (AP) Bab 4. Pelayanan Pasien (PP) Bab 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) Bab 6. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO) Bab 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
II. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit
<ul style="list-style-type: none"> Bab 1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Bab 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Bab 3. Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP) Bab 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) Bab 5. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) Bab 6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
III. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
<ul style="list-style-type: none"> Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high-alert</i>) Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh
IV. Sasaran Milenium Development Goals
<ul style="list-style-type: none"> Sasaran I : Penurunan Angka Kematian Bayi dan Peningkatan Kesehatan Ibu Sasaran II : Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS Sasaran III : Penurunan Angka Kesakitan TB

Tingkat-tingkat kelulusan berdasarkan Standar Akreditasi versi 2012 adalah Tingkat Dasar (bila lolos 4 Bab), Tingkat Madya (bila lolos 8 Bab), Tingkat Utama (bila lolos 12 Bab), dan Tingkat Paripurna (bila lolos 16 Bab). Tingkat paripurna adalah tingkat kelulusan tertinggi yang dapat diraih oleh rumah sakit. Dalam pelaksanaan akreditasi rumah sakit menggunakan standar akreditasi versi 2012 ini, surveyor akan menemui pasien untuk mencari bukti adanya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang berfokus pada keselamatan pasien. Bila tidak ditemukan bukti, maka proses penilaian tidak akan lanjut ke komponen lain. Saat ini seluruh rumah sakit memiliki kewajiban untuk menjaga mutu pelayanannya dengan melaksanakan akreditasi minimal setiap 3 tahun sekali dan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (KARS, 2013).

2. Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit

Standar dalam akreditasi rumah sakit bersifat umum, sehingga wajib diterapkan oleh semua rumah sakit di Indonesia tanpa memandang kelas dan status kepemilikannya, maka pada prinsipnya semua rumah sakit baik pemerintah maupun swasta harus diakreditasi (Wijono, 1999).

Sistem penilaian suatu Bab ditentukan oleh penilaian pencapaian (semua) standar pada bab tersebut, dan menghasilkan nilai persentase bagi bab tersebut. Penilaian suatu Standar dilaksanakan melalui penilaian terpenuhinya Elemen Penilaian (EP), menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut. Penilaian suatu EP dinyatakan dalam Gambar 2 berikut ini (Anonim, 2014):

Gambar 2
Sistem Penilaian Pencapaian Skor KARS

Pencapaian	Skor KARS	No	Penilaian Elemen Penilaian
Tercapai Penuh (TP)	10	1	Temuan tunggal negatif tidak menghalangi nilai 'TP' dari minimal 5 telusur pasien/pimpinan/staf
		2	Nilai 80% - 100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi, dan dokumen (misalnya, 8 dari 10)
		3	Data mundur 'TP' adalah sebagai berikut: Untuk survei awal: selama 4 bulan ke belakang Survei lanjutan: selama 12 bulan ke belakang
Tercapai Sebagian (TS)	5	1	Jika 20%-79% (misalnya, 2 sampai 7 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi, dan dokumen
		2	Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian area/unit kerja yang seharusnya dilaksanakan
		3	Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh/lengkap
		4	Kebijakan/proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan
		5	Data mundur 'TS' adalah sebagai berikut: Untuk survei awal: 1 sampai 3 bulan mundur Survei lanjutan: 5 sampai 11 bulan mundur
Tidak Tercapai (TT)	0	1	Jika < 19% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi, dan dokumen
		2	Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di area/unit kerja di mana harus dilaksanakan
		3	Regulasi tidak dilaksanakan
		4	Kebijakan/proses tidak dilaksanakan
		5	Data mundur 'TT' adalah sebagai berikut: Untuk survei awal: kurang 1 bulan mundur Survei lanjutan: kurang 5 sampai 11 bulan mundur
Tidak Dapat Diterapkan (TDD)	-	1	Tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan
		2	Dinilai tidak dapat diterapkan jika persyaratan dari EP tidak dapat diterapkan berdasar atas organisasi rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien, dan sebagainya, contohnya organisasi rumah sakit tidak melakukan riset

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh Tim Surveyor dan proses pengambilan keputusan pada pengurus KARS. Tingkat kelulusan dan kriterianya adalah sebagai Gambar 3 berikut (Anonim, 2014):

Gambar 3
Cara Penilaian KARS Versi 2012

No.	BAB		AKREDITASI TINGKAT			
			DASAR	MADYA	UTAMA	PARIPURNA
1	D	Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SKP)	Skor 4 bab dasar \geq 80% (min 80%)	Skor 4 bab dasar \geq 80% (min 80%)	Skor 4 bab dasar \geq 80% (min 80%)	Semua bab skor \geq 80% (min 80%)
2	A	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)				
3	S	Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)				
4	A R	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)				
5	Millenium Development Goals (MDGs)		11 bab lainnya Skor \geq 20% (min 20%)	Ada 4 bab skor \geq 80% (min 80%)	Skor 8 bab skor \geq 80% (min 80%)	
6	Akses Pelayanan dan Kontinuitas pelayanan (APK)					
7	Asesmen Pasien (AP)					
8	Pelayanan Pasien (PP)			7 bab lainnya Skor \geq 20% (min 20%)	3 bab lainnya Skor \geq 20% (min 20%)	
9	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)					
10	Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)					
11	Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)					
12	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)			Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)	3 bab lainnya Skor \geq 20% (min 20%)	
13	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)					
14	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)					

3. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) adalah suatu departemen atau unit atau bagian dari suatu rumah sakit yang dipimpin oleh seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan paripurna, mencakup perencanaan; pengadaan; produksi; penyimpanan perbekalan kesehatan atau sediaan farmasi; *dispensing* obat berdasarkan resep bagi penderita rawat tinggal dan rawat jalan; pengendalian mutu; dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit; pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis, mencakup pelayanan langsung pada penderita dan

pelayanan klinik merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Siregar, 2004).

3.1 Tugas dan Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Tugas Instalasi Farmasi Rumah Sakit, meliputi (Permenkes, 2014):

- a. Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur, dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi.
- b. Melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang efektif, aman, bermutu, dan efisien.
- c. Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko.
- d. Melaksanakan Komunikasi, Edukasi, dan Informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat, dan pasien.
- e. Berperan aktif dalam Tim Farmasi dan Terapi.
- f. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan pelayanan kefarmasian.
- g. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit.

Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit, meliputi (Permenkes, 2014):

Tabel 1
Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit

a. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai	b. Pelayanan farmasi klinik
<ul style="list-style-type: none"> Memilih sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> Mengkaji dan melaksanakan pelayanan resep atau permintaan obat.
<ul style="list-style-type: none"> Merencanakan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai secara efektif, efisien, dan optimal. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan penelusuran riwayat penggunaan obat.
<ul style="list-style-type: none"> Mengadakan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan rekonsiliasi obat.
<ul style="list-style-type: none"> Memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan informasi dan edukasi penggunaan obat baik berdasarkan resep maupun obat non resep kepada pasien / keluarga pasien.
<ul style="list-style-type: none"> Menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku. 	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi, mencegah, dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai.
<ul style="list-style-type: none"> Menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan <i>visite</i> mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain.
<ul style="list-style-type: none"> Mendistribusikan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai ke unit-unit pelayanan di rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan konseling pada pasien dan / atau keluarganya.
<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan Pemantauan Terapi Obat (PTO)
<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan pelayanan obat "<i>unit dose</i>"/dosis sehari. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)
<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan komputerisasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai (apabila sudah memungkinkan). 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan dispensing sediaan steril
<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi, mencegah, dan mengatasi masalah yang terkait 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada tenaga

dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai.	kesehatan lain, pasien/keluarga, masyarakat dan institusi di luar rumah sakit.
<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai yang sudah tidak dapat digunakan. 	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)
<ul style="list-style-type: none"> Mengendalikan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai. 	
<ul style="list-style-type: none"> Melakukan administrasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai. 	

3.2 Pengorganisasian Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Menurut Permenkes RI no 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, pengorganisasian IFRS harus mencakup penyelenggaraan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, pelayanan farmasi klinik dan manajemen mutu, dan bersifat dinamis dapat direvisi sesuai kebutuhan dengan tetap menjaga mutu. Pengorganisasian juga harus dapat menggambarkan pembagian tugas, koordinasi kewenangan, fungsi dan tanggung jawab rumah sakit. Berikut :

1. Instalasi Farmasi

Pengorganisasian IFRS harus mencakup penyelenggaraan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, pelayanan farmasi klinik, dan manajemen mutu, dan bersifat dinamis dapat direvisi sesuai kebutuhan dengan tetap menjaga mutu.

2. Tim Farmasi dan Terapi (TFT)

Dalam pengorganisasian rumah sakit dibentuk TFT yang merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai kebijakan penggunaan obat di rumah sakit yang anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada di rumah sakit, apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan.

Ketua TFT dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.

3. Tim lain yang terkait

Tim lain yang terkait dengan tugas IFRS dapat dibentuk sesuai dengan peran dan kebutuhan. Adapun peran apoteker dalam tim lain yang terkait penggunaan obat di rumah sakit antara lain:

- i. Tim Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- ii. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- iii. Tim Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit
- iv. Tim Perawatan Paliatif Dan Bebas Nyeri
- v. Tim Penanggulangan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndromes*)
- vi. Tim *Direct Observed Treatment Shortcourse* (DOTS)
- vii. Tim Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
- viii. Tim Transplantasi

ix. Tim PKMRS

x. Tim Rumatan Metadon

3.3 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Berdasarkan undang-undang RI no 44 Tahun 2009 Pasal 33 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel. Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

4. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)

Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin, dalam koordinasi para staf rumah sakit, menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementatif dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/pereseapan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat (KARS, 2013).

Standar MPO.1

Penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.1

Obat sebagai suatu sumber penting dalam pelayanan pasien, harus diorganisir secara efektif dan efisien. Manajemen obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Pengaturan pembagian tanggung jawab tergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. Pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit. Pada kasus lain, dimana terdapat suatu sentral farmasi yang besar, bagian farmasi dapat mengorganisir dan mengendalikan obat yang diberlakukan di seluruh rumah sakit. Manajemen obat yang efektif mencakup semua bagian dalam rumah sakit, unit rawat inap, rawat jalan, maupun unit khusus. Undang-undang dan peraturan yang berlaku dimasukkan ke dalam struktur organisasi dan operasional sistem manajemen obat di rumah sakit (KARS, 2013).

Standar MPO.1.1

Seorang ahli farmasi berizin, teknisi atau profesional lain yang terlatih mensupervisi pelayanan farmasi atau kefarmasian (*pharmaceutical*) (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.1.1

Seorang petugas yang kompeten secara langsung mensupervisi aktivitas pelayanan farmasi atau kefarmasian. Petugas ini mempunyai ijin, sertifikat, dan terlatih (KARS, 2013).

Standar MPO.2

Obat dengan cara seleksi yang benar, digunakan untuk peresepan atau pemesanan, ada di stok atau siap tersedia (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.2

Setiap rumah sakit harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau sudah tersedia, dan dari sumber luar. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau sumber obat tersebut. Pemilihan obat adalah suatu proses kerjasama / kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonomisnya. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan para pembuat resep tentang kekurangan obat tersebut dan saran substitusinya (KARS, 2013).

Standar MPO.2.1

Ada metode untuk mengawasi daftar obat yang tersedia dan penggunaan obat di rumah sakit (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.2.1

Rumah sakit mempunyai metode seperti penunjukan komite, untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit. Mereka yang dilibatkan dalam pengamatan daftar termasuk para praktisi pelayanan kesehatan juga diikutsertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian, dan monitoring obat. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar mempunyai panduan kriteria yang meliputi indikasi penggunaan, efektivitas, risiko, dan biaya. Ada proses atau mekanisme untuk memonitor respons pasien terhadap obat yang baru ditambahkan (KARS, 2013).

Standar MPO.2.2

Rumah sakit dapat segera memperoleh obat yang tidak ada dalam stok atau yang normal tersedia di rumah sakit atau sewaktu-waktu bilamana farmasi tutup (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.2.2

Adakalanya obat tidak ada dalam stok atau siap tersedia saat dibutuhkan. Ada proses untuk memberi persetujuan untuk pengadaan obat tersebut. Ada juga saat dimana obat dibutuhkan pada malam hari, atau bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci. Setiap rumah sakit membutuhkan suatu perencanaan untuk kejadian demikian dan

mengedukasi staf tentang prosedur yang harus dijalankan bila peristiwa tersebut terjadi (KARS, 2013).

Standar MPO.3

Obat disimpan dengan baik dan aman (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.3

Obat bisa disimpan dalam tempat penyimpanan, di dalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau di unit asuhan pasien pada unit-unit farmasi atau di *nurse station* dalam unit klinis.

Standar MPO.3.1

Kebijakan rumah sakit mendukung penyimpanan yang tepat bagi obat-obatan (*medications*) dan produk nutrisi yang tersedia (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.3.1

Ada beberapa jenis obat yang karena resikonya tinggi (obat-obatan radioaktif), lingkungan yang tidak biasa (dibawa oleh pasien), kemungkinan untuk penyalahgunaan (*abuse, miss use*), misal obat sampel dan obat emergensi atau sifat yang khusus (produk nutrisi), perlu didukung oleh kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya. Kebijakan mengatur proses penerimaan, identifikasi pengobatan (*medications*) dan bila perlu, cara penyimpanan dan setiap distribusi (KARS, 2013).

Standar MPO.3.2

Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan diluar farmasi (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.3.2

Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting / kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai ke lokasi tersebut. Contoh, bahan untuk pemulihan anestesi berada di kamar operasi. Lemari, meja troli, tas, atau kotak emergensi dapat digunakan untuk keperluan ini. Untuk memastikan akses ke obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak, atau kadaluarsa. Jadi rumah sakit memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi (KARS, 2013).

Standar MPO.3.3

Rumah sakit mempunyai sistem penarikan (*recall*) obat (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.3.3

Rumah sakit mempunyai proses mengidentifikasi, menarik kembali, dan mengembalikan atau memusnahkan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau *supplier*. Ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*) (KARS, 2013).

Standar MPO.4

Pereseapan, pemesanan, dan pencatatan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.4

Pereseapan, pemesanan, dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Para staf medis, perawatan, farmasi, dan administratif berkolaborasi untuk mengembangkan, memonitor kebijakan, dan prosedur. Staf yang terkait dilatih untuk praktek penulisan resep, pemesanan, dan pencatatan yang benar. Karena pereseapan obat yang tidak terbaca atau pemesanan yang mengacaukan keselamatan pasien bisa menunda pengobatan, maka kebijakan rumah sakit mengatur tindakan untuk mengurangi tidak terbacanya resep. Ada daftar dari semua obat terkini dicatat dalam status pasien dan tersedia di farmasi, keperawatan dan dokter. Rumah sakit menetapkan suatu prosedur untuk membandingkan daftar obat pasien yang diminum sebelum masuk rawat inap terhadap order pertama obat (KARS, 2013).

Standar MPO.4.1

Rumah sakit menjabarkan elemen-elemen dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap serta jenis pemesanan yang akseptabel untuk digunakan (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.4.1

Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit menjabarkan dalam kebijakan elemen yang bisa

diterima/akseptabel dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap. Jadi, standar ini menata harapan seluruh rumah sakit dalam pemesanan obat. Kebijakan yang diimplementasikan akan tercermin dalam pesanan yang lengkap yang dicatat dalam status pasien, di farmasi atau di unit penyalur yang kemudian menerima informasi yang dibutuhkan untuk penyaluran dan pemberian obat berdasarkan pesanan yang lengkap.

Standar MPO.4.2

Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.4.2

Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Suatu rumah sakit dapat menentukan batas-batas untuk penulisan resep maupun pemesanan oleh perseorangan, misalnya untuk bahan yang dikendalikan, bahan-bahan kemoterapi, atau radioaktif serta obat investigatif. Petugas-petugas yang diperkenankan untuk penulisan resep dan pemesanan obat dikenal oleh bagian pelayanan farmasi atau orang-orang lain yang mengeluarkan obat. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk penulisan resep atau pemesanan obat (KARS, 2013).

Standar MPO.4.3

Obat-obatan yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.4.3

Pencatatan setiap pasien yang menerima obat, rekam medisnya berisi daftar obat yang diresepkan atau dipesan untuk pasien beserta dosis dan berapa kali obat diberikan. Termasuk pula obat yang diberikan “bila perlu”. Bila informasi ini dicatat pada lembaran obat yang terpisah, maka lembaran tersebut diselipkan dalam rekam medis pasien saat dipulangkan atau dipindahkan (KARS, 2013).

Standar MPO.5

Obat dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.5

Pelayanan farmasi atau kefarmasian menyiapkan dan mengeluarkan obat dalam lingkungan yang bersih dan aman sesuai undang-undang, peraturan, dan standar praktek profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktek bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area di luar farmasi (misalnya unit pelayanan pasien, harus memenuhi langkah-langkah yang sama dalam hal keamanan dan kebersihan). Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v. dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip teknik aseptik. Demikian pula, tersedia lubang angin yang bertudung dan

digunakan bilamana dibutuhkan untuk praktek profesional (misalnya mencampur obat *cytotoxic*) (KARS, 2013).

Standar MPO.5.1

Resep atau pesanan obat ditelaah ketepatannya (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.5.1

Farmasis berlisensi, teknisi berlisensi, atau profesional yang terlatih menelaah ketepatan setiap resep atau pesanan obat, obat yang baru saja diresepkan atau dipesan, atau bilamana kedapatan adanya perubahan dosis atau faktor penting yang lain. Rumah sakit menjabarkan informasi pasien yang spesifik apa saja yang dibutuhkan untuk penelaahan yang efektif terhadap pemesanan obat bila obat disalurkan dari lokasi diluar farmasi. Bila timbul pertanyaan, petugas yang meresepkan atau memesan obat segera dihubungi (KARS, 2013).

Standar MPO.5.2

Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat dengan dosis yang tepat dan kepada pasien yang tepat di saat yang tepat (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.5.2

Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian. Ketika suatu obat dikeluarkan dari kemasannya yang asli atau disiapkan dan disalurkan dalam bentuk / wadah (*container*) yang berbeda—dan tidak segera diberikan—obat harus diberi label dengan nama obat, dosis/konsentrasi obat, tanggal penyiapan dan

tanggal kadaluarsa. Farmasi sentral dan titik distribusi obat yang lain di seluruh rumah sakit menggunakan sistem yang sama. Sistem menunjang pengeluaran obat secara akurat dan tepat waktu (KARS, 2013).

Standar MPO.6

Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk memberikan obat (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.6

Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk memberikan obat (KARS, 2013).

Standar MPO.6.1

Pemberian obat termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah betul berdasarkan pesanan obat (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.6.1

Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap (KARS, 2013):

- a. Obat dengan resep atau pesanan.

- b. Waktu dan frekuensi pemberian dengan resep atau pesanan.
- c. Jumlah dosis dengan resep atau pesanan.
- d. Rute pemberian dengan resep atau pesanan.
- e. Identitas pasien.

Rumah sakit menjabarkan proses verifikasi yang digunakan untuk pemberian obat-obatan.

Standar MPO.6.2

Kebijakan dan prosedur mengatur obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*) maupun obat contoh (*sample*) (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.6.2

Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan atau dipesan di rumah sakit. Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya diketahui oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) dan dicatat di status pasien. Penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke dalam rumah sakit atau yang diresepkan atau dipesan di rumah sakit, diketahui DPJP dan dicatat dalam status pasien. Rumah sakit mengendalikan ketersediaan dan penggunaan sampel obat (KARS, 2013).

Standar MPO.7

Efek obat terhadap pasien dimonitor.

Maksud dan Tujuan MPO.7

Pasien, dokter, perawat, dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung darah, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan bila perlu. Sudah seharusnya memonitor secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain. Memonitor efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi semua KTD yang harus dicatat dan yang harus dilaporkan. Rumah sakit membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD bila perlu dan kerangka waktu untuk pelaporan (KARS, 2013).

Standar MPO.7.1

Kesalahan obat (*medication errors*) dilaporkan melalui proses dan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh rumah sakit (KARS, 2013).

Maksud dan Tujuan MPO.7.1

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan KNC (*near misses*). Proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC, menggunakan format pelaporan yang distandarisasi, dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Definisi-definisi dan proses-proses dikembangkan melalui proses kerjasama yang mengikutsertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan program keselamatan pasien rumah sakit. Laporan-laporan diarahkan kepada seorang petugas atau lebih, yang akuntabel untuk mengambil tindakan. Program memusatkan pada pencegahan kesalahan obat melalui pemahaman jenis kesalahan yang terjadi di rumah sakit maupun di rumah sakit lain dan mengapa sampai terjadi KNC. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Unit farmasi mengambil bagian dalam pelatihan staf yang demikian (KARS, 2013).

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian serupa yang pernah dilakukan:

1. Fitri Rizkia Putri (2014) dengan judul “Kesiapan Manajemen dan Penggunaan Obat di RSUD Muhammadiyah Gombong Berdasarkan Akreditasi RS 2012”. Data penelitian studi kasus (*case study*) kualitatif ini disajikan secara deskriptif dengan hasil bahwa rata-rata kesiapan

Manajemen dan Penggunaan Obat mencapai skor 80,31% dari standar minimal 80%. Sasaran manajemen, pengadaan, pemesanan, pemberian, dan pemantauan telah melampaui standar minimal sedangkan sasaran penyimpanan dan penyaluran farmasi masih di bawah skor standar minimal.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas terletak pada metode, subyek dan waktu penelitian.

2. Arifah Nurhayati (2013) dengan judul “Kesiapan Kelengkapan Dokumen Pada Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien Dalam Akreditasi Baru 2012 Di Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto Yogyakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan kelengkapan dokumen terkait RM sesuai elemen penilaian standar akreditasi rumah sakit 2012 dalam kelompok standar berfokus kepada pasien di RS DKT Dr. Soetarto Yogyakarta. Metode penelitian: jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, dan rancangan penelitian secara *cross sectional*. Subyek yang diteliti dalam perancangan ini adalah petugas rekam medis, petugas IGD, petugas bedah, dan perawat bangsal. Objek penelitian adalah kesiapan unit rekam medis dalam menghadapi poin akreditasi 2012.

Hasil penelitian: dari pelaksanaan elemen penilaian yang berkaitan dengan rekam medis, sebagian besar kegiatan yang dilaksanakan belum dilengkapi dengan prosedur tetap maupun kebijakan sehingga

menimbulkan ketidak konsistenan tugas. Selain itu, keterisian informasi dalam berkas rekam medis masih kurang lengkap sehingga mutu klinisnya berkurang. Unit rekam medis belum mengolah data yang selanjutnya digunakan untuk menyusun pelaporan tentang rujukan dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas terletak pada subyek dan waktu penelitian. Selain itu letak perbedaan juga terdapat pada fokus penelitian yang berupa rekam medis.

3. Suryanto (2015) dengan judul penelitian “Analisis Keterisian dan Ketercapaian Elemen Penilaian Formulir Rekam Medis Gawat Darurat Terkait Persiapan Akreditasi KARS 2012 Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Penelitian Suryanto yang bertujuan untuk mengetahui gambaran keterisian dan ketercapaian elemen penilaian formulir rekam medis gawat darurat terkait persiapan akreditasi KARS 2012 di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Subyek dalam penelitian ini adalah dokter IGD, perawat IGD, petugas pendaftaran pasien, petugas *assembling*, kepala instalasi rekam medis. Objek dalam penelitian ini adalah 120 berkas rekam medis gawat darurat. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik studi dokumentasi, wawancara, dan observasi. Untuk validasi data menggunakan triangulasi teknik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa formulir gawat darurat tidak terdapat item kondisi pulang. Dalam pelaksanaan pengisian formulir gawat darurat diketahui keterisian lengkap jam kedatangan pasien sebesar 47,5%, keterisian lengkap diagnosa akhir sebesar 10%, dan keterisian tindak lanjut sebesar 94%.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas terletak pada subyek dan waktu penelitian. Selain itu letak perbedaan juga terdapat pada fokus penelitian yang berupa rekam medis.

C. Landasan Teori

Untuk melaksanakan pengendalian mutu, maka penting untuk melakukan kerjasama dan keterpaduan dalam memberikan pelayanan dengan melakukan pengendalian pada siklus. Proses pengendalian mutu adalah proses memutarakan apa yang disebut dengan Siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Action*). Siklus ini dikembangkan oleh Deming dan Shewhart tahun 1986 dari industri manufaktur yang dikenal dengan metode PDCA yang kemudian pada 1996 Langley mengembangkan metode yang dapat digunakan dalam konteks kesehatan. Sekarang PDCA telah menjadi metodologi ilmiah yang diperkenalkan oleh Sproff dan O'Connor tahun 2004 dengan nama PDSA (*Plan-Do-Study-Action*). Siklus PDSA menggunakan 4 tahap pendekatan :

1. *Plan* adalah mengidentifikasi tahap perubahan untuk perbaikan, komponen penting pada tahap ini adalah merumuskan tujuan.

2. *Do* adalah tahap menguji perubahan yang telah dilakukan, yakni melaksanakan.
3. *Study* adalah tahap meneliti keberhasilan perubahan, yakni analisis, mempelajari dan mengevaluasi data sebelum dan setelah perubahan serta merefleksikan apa yang telah dipelajari.
4. *Act* adalah tahap mengidentifikasi adaptasi dan menginformasikan siklus baru, yakni tindak lanjut, merencanakan siklus perubahan berikutnya atau implementasi penuh/dipertahankan.

Pada hakikatnya PDSA merupakan suatu metode untuk melakukan perbaikan mutu secara berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*). (Mutu Pelayanan Kesehatan, 2015; Prihantoro, 2012). IFRS merupakan salah satu unit di rumah sakit yang dituntut mampu memberikan pelayanan yang baik dan bermutu, adapun cara yang dapat ditempuh dengan menerapkan Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 yang mengatur tentang MPO dimana akan diteliti pelaksanaannya di Instalasi Farmasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dengan model teori induktif. Setelah RSUD Muhammadiyah Bantul terakreditasi Tingkat Dasar, maka peneliti akan menganalisis kemampuan MPO RSUD Muhammadiyah Bantul dalam bentuk penilaian skoring.

D. Kerangka Konsep

